

RAVI RAHASTAMISE LEPINGU LISATINGIMUSED
eriarstiabis, hambaravis ja õendusabis

1. Ravijuhtude arvu ja ravijuhu keskmise maksumuse kavandamise alused

1.1. Haigekassa lähtub ravijuhtude arvu ja ravijuhtude keskmise maksumuse kavandamisel eelkõige:

- 1.1.1. kindlustatud isikute ravivajadustest;
- 1.1.2. kindlustatud isikute vajadustele vastava ravi võrdsest piirkondlikust kättesaadavusest ja kindlustatud isikute tegelikust liikumisest tervishoiuteenuse osutajate juurde;
- 1.1.3. kvaliteetsete tervishoiuteenuste pakkumiseks vajalikust ravijuhtude miinimumarvust;
- 1.1.4. haigekassa eelarve võimalustest ja ravikindlustusraha kasutamise otstarbekusest;
- 1.1.5. teadaolevatest muudatustest tervishoiuteenuste loetelus;
- 1.1.6. lepingupartnerite poolt eelneva lepinguperioodi raviarvetel kajastatud ja planeeritavast teenuste struktuurist vastaval erialal vastavas ravitüübis;
- 1.1.7. ambulatoorse, päevaravi ja statsionaarse ravijuhtude osakaalu planeeritavast muutumisest;
- 1.1.8. tervishoiuteenuse osutaja poolsest tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhinnast madalama hinna pakkumisest;
- 1.1.9. kliinilistest audititest ja sihtvalikutest saadud informatsioonist;
- 1.1.10. ravijuhtude arvu protsentuaalse jaotuse vajadusest poolaastate vahel; 1.1.11. eelneva lepinguperioodi ülikallitest ravijuhtudest (käesoleva lisa p. 6.11).

2. Juhtumid, millal tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks on eelnev kirjalik kooskõlastus Haigekassaga

2.1. Haigusseisundid ravi pikendamiseks, millal tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks on Haigekassa eelnev kirjalik kooskõlastus, on järgmised:

- 2.1.1. juhud, kui kindlustatud isiku aktiivravi haiglas kestab üle 60 päeva alates tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud maksimaalsete ravipäevade lõppemisest:
 - 2.1.1.1. tuberkuloosihaige pikaajalise ravi korral;
 - 2.1.1.2. pikaajalise psühhiaatrilise ravi korral;
 - 2.1.1.3. raske trauma järgse ravi korral;
 - 2.1.1.4. onkoloogilise või HIV-positiivse haige pikaajalise ravi korral;
 - 2.1.1.5. laste raskekujulise kaasasündinud liitpatoloogia korral;

- 2.1.1.6. põhihaiguse või kirurgilise tegevuse tüsistusena tekkinud raskekujulise infektsiooni korral.
- 2.1.2. lisaks punktis 2.1.1 nimetatud ravi pikendamise juhtudele kooskõlastab Tervishoiuteenuse osutaja eelnevalt kirjalikult Haigekassaga:
 - 2.1.2.1. haige lapse hoolduseks vanema viibimise haiglas üle tervishoiuteenuste loetelus lubatud päevade arvu;
 - 2.1.2.2. statsionaarse taastusravi osutamisel tervishoiuteenuste loetelu koodi 8029 alusel täiendavalt kuni 21 ravipäeva eest intensiivse funktsioone taastava taastusravi ja koodi 8028 alusel täiendavalt kuni 14 ravipäeva eest funktsioone taastava taastusravi osutamise;
 - 2.1.2.3. tervishoiuteenuste loetelu koodidega 7050 ja 7056 tähistatud füsioteraapia teenuse osutamise täiendavalt tervishoiuteenuste loetelu § 26 lõike 6 punktis 5 nimetatule kuni 60 korda 6 kuu jooksul;
 - 2.1.2.4. II, III ja IIIa astme intensiivravi teenuse osutamise üle tervishoiuteenuste loetelus sätestatud voodipäevade maksimumarvu;
 - 2.1.2.5. iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kestusega üle 60 päeva. Kooskõlastus teenuse osutamise pikendamiseks esitatakse maksimaalselt 60 päevale, teenuse osutamise vajaduse jätkumisel esitatakse täiendav kooskõlastustaotlus / -taotlused;
- 2.2. Tervishoiuteenuse osutaja kooskõlastab eelnevalt kirjalikult Haigekassaga iga järgarve vormistamise järgmiselt:
 - 2.2.1. kui esmasel raviarvel või järgarvel kajastatud ravi statsionaarses eriarstiabis kestab üle 365 kalendripäeva;
 - 2.2.2. tervishoiuteenuse osutaja soovil, kui esmasel raviarvel või järgarvel kajastatud ravi statsionaarses eriarstiabis või iseseisvas statsionaarses õendusabis on kestnud vähemalt 60 kalendripäeva;
- 2.3. Punktides 2.1.1 ja 2.1.2. nimetatud kooskõlastuse taotlus tuleb esitada Haigekassale hiljemalt 5 kalendripäeva enne ravi pikendamise või järgarve vormistamise vajaduse tekkimist, intensiivravi patsientide puhul hiljemalt 2 tööpäeva enne ravi pikendamise vajaduse tekkimist. Haigekassa annab kirjaliku vastuse kolme tööpäeva jooksul arvates Tervishoiuteenuse osutaja kirjaliku taotluse saamisest.

3. Lepingu rakendamise tingimused eriarstiabis

- 3.1. Juhendid tervishoiuteenuste kodeerimiseks raviarvele on avaldatud haigekassa kodulehel:
<http://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu>
Haigekassa teavitab tervishoiuteenuse osutajat uuendustest ja muudatustest kodeerimisjuhendites.
- 3.2. Hüpertooniatõve (klassifikaatori RHK-10 jaotisrühmad I10-I15) haigete klassifitseerimine raviarvetel toimub vastavalt erialaseltsidega kokkulepitule. Kokkulepe on avaldatud haigekassa kodulehel.
- 3.3. Raviarvete esitamisel lisa 3 täitmiseks lähtub Tervishoiuteenuse osutaja järgmistest tingimustest ja ravijuhu mõistetest:

- 3.3.1. ambulatoorse ja päevaravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule ühe haigusjuhu käigus tehtud terviseuuringud ja osutatud teenused sh erakorralise meditsiini osakonnas patsiendile tehtud terviseuuringud ja osutatud teenused esimesest vastuvõtust kuni pöördumise põhjuse lahendamiseni, välja arvatud punktis 3.3.2 sätestatud juhul.
Eriarsti vastuvõtu käigus kindlustatule määratud uuringud (sh laboratoorsed uuringud) ja protseduurid ning sellega seonduvad korduvvisiidid märgitakse eriarsti vastuvõtuga samale raviarvele;
- 3.3.2. statsionaarse ravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule kogu haigusjuhu käigus tehtud terviseuuringud ning osutatud teenused, s.h. voodipäevad ja vahetult enne haiglaravi erakorralise meditsiini osakonnas osutatud ja määratud tervishoiuteenused. Statsionaarse ravi ravijuhu maksimaalne pikkus on 365 kalendripäeva. Haigusjuhu jätkumisel vormistatakse järgarve (uus ravijuht) kooskõlas punktidega 2.2. ja 2.3;
- 3.3.3. päevakirurgia korral (raviarvel tervishoiuteenuste loetelu kood 3076) peavad raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäev olema samad. Raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäevad peavad olema samad ka mittestatsionaarsetel raviarvetel, millel kajastub kood 2210K;
- 3.3.4. sünnituse ravijuht on raviarve, millel kajastub järgmine tervishoiuteenuste loetelu kood: 2207K, 051101 või 011108. *Vastsündinule tehtud sõeluuringud kajastatakse eeskätt sünnituse raviarvel. Sõeluuringu teostamisel sünnijärgse jälgimise käigus vormistatakse teenus lapse raviarvel, mis kajastab sünnijärgse ravi tegelusi ;*
- 3.3.5. organsiirdamise ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 3101 (ambulatoorne raviteenus, mille kohta esitatakse eraldi raviarve – raviarvel ei ole muid teenuseid), 3085, 050310, 080303, 080304, 0Y2101, 0J2124, 1F2108, 100408, 100407, 354R, 355R, 356R, 357R, 358R, 359R, 360R või järgnevad NCSP koodid: JJC00, JJC10, JJC20, JJC30, JJC40, JJC96, GDG00, GDG03, GDG10, GDG13, GDG30 või GDG96;
- 3.3.6. luuüdi transplantatsiooni ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 3086, 8101, 8102, 8103, 8104, 8105, 8106, 372R, 373R, 374R, 375R, 376R, 377R, 378R, 379R, 380R, 381R, 382R, 383R, 384R, 386R, 348R, 400R, 401R, 402R, 403R, 387R, 66619, 66620 või 66621. Raviarvele märgitakse põhieriala kood A15 luuüdi doonorite tüpiseerimise korral või V15 luuüdi kogumise ja siirdamise korral;
- 3.3.7. hemodialüüsi ravijuht on päevaraviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule 1 kuu jooksul osutatud hemodialüüsi teenused, siis kui isikul hinnatakse vajadus rohkemaks kui 50 hemodialüüsi protseduuri järele aastas;
- 3.3.8. peritoneaaldialüüsi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule 1 kuu jooksul osutatud koduse peritoneaaldialüüsi teenused. Nimetatud teenuste osutamise käigus kindlustab Tervishoiuteenuse osutaja patsiendile vähemalt 4 nädala vajaliku peritoneaaldialüüsilahuste varu ja korraldab peritoneaaldialüüsiks vajalike lahuste ja lisatarvikute üle andmise patsiendile tema elukohas või tema elukohale lähimasse apteeki;
- 3.3.9. katarakti operatsiooni ravijuht on raviarve, millel kajastuvad tervishoiuteenuste loetelu koodid 60905, 70902, 70904 või 70909. Päevakirurgias katarakti

- operatsioonide korral (raviarvel tervishoiuteenuste loetelu kood 3076) peavad raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäev olema samad;
- 3.3.10. endoproteesimise ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 2650L, 2651L, 2652L, 2653L, 2654L, 2660L, 2672L, 2665L, 2673L, 2656L või 2674L;
- 3.3.11. kuulmisimplantatsiooni ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 2276K või 2288K;
- 3.3.12. viljatusravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuse koodid: 2208K ja/või 2281K. Tervishoiuteenuse osutajale hüvitatakse:
- 1) kindlustatud isikule osutatud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu kantud kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamise tervishoiuteenused;
 - 2) kindlustatud isikule 90 päeva jooksul enne kehavälise viljastamist ja embrüo siirdamist osutatud tervishoiuteenused, mis on osutatud seoses kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamisega
- 3.3.13. valmisoleku tasu maksmise korral on ravijuht ühe arstliku eriala ööpäevaringse valmisoleku kohta kvartalis esitatav statsionaarne raviarve, millele märgitakse tervishoiuteenuste loetelu kood 2280K;
- 3.4. Raviarve struktuuriüksusena arve ridade faili struktuuris märgitakse A95, kui tervishoiuteenus on osutatud või selle vajadus on määratud erakorralise meditsiini osakonnas. Erakorralise meditsiini osakonnaks loetakse haigla struktuuriüksus, mille personal, aparatuur, sisustus ja ruumid vastavad sotsiaalministri 19.08.2004 määruses nr 103 "Haigla liikide nõuded" kehtestatud nõuetele erakorralise meditsiini osutamiseks.
- 3.5. Vältimatu lennutransport reeglina ei ole eraldi ravijuht. Vältimatu lennutranspordi teenus lisatakse vastava haigusjuhu raviarvele. Tervishoiuteenuse osutaja korraldab erakorralise meditsiini osakonna juhataja (normaalse tööaja piires) või vastutava arstanesesioloogi (väljaspool eelnimetatud juhataja normaalse tööaja piire) poolt lennu määramise vältimatu arstiabi vajava kindlustatu transportimiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse või teise vajalikkude arstiabi andvasse haiglasse. Lennu määraja teavitab lennule väljasõidust Häirekeskust.
- Tervishoiuteenuse osutaja lähtub vältimatu lennu määramisel eelkõige rasketest hulgitraumadest ja muudel juhtudel kindlustatu kriitilisest seisundist, kus ajafaktor mõjutab prognoosi tema elule ja elukvaliteedile.
- Tervishoiuteenuse osutaja ei määra lendu alla 60 kilomeetrise kaugusega sündmuskohale, välja arvatud püsiasustusega suursaartele ja suurõnnetuse toimumise kohale. Tervishoiuteenuse osutaja ei määra lendu püsiasustusega väikesaartele, kus vältimatu abi tagatakse Häirekeskuse kaudu kiirabibrigaadi poolt. Kutse korral neile püsiasustusega väikesaartele tuleb kutse koheselt suunata Häirekeskusele;
- 3.6. Raseduse jälgimise käigus osutatud tervishoiuteenustega raviarved esitatakse tasumiseks esmajärjekorras, koos vältimatu abi osutamise raviarvetega.

4. Lepingu rakendamise tingimused õendusabis

- 4.1. Raviarvete esitamisel lisa 6 täitmiseks lähtub Tervishoiuteenuse osutaja järgmistest tingimustest ja ravijuhu mõistetest:

- 4.1.1. iseseisva statsionaarse õendusabi ravijuht on raviarve, millel kajastub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud kood 2063 ning õendusabi osutamise ajal meditsiinilisel näidustusel osutatud teenused, mis on vajalikud iseseisva statsionaarse õendusabi osutamiseks ning nende teenuste kohta ei esitata eraldi eriarstiabi raviarvet. Raviarve vormistatakse teenuse tüübiga 18;
- 4.1.2. iseseisva statsionaarse õendusabi ravijuht lõpetatakse kui patsient suunatakse eriarstiabi saamiseks statsionaarsele ravile.
- 4.2. koduõenduse ravijuht on raviarve, millel kajastub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud kood 3026. Koodile 3026 võib lisanduda kood 3020 ning koodid 7034 või 7035 juhul, kui koduõenduse teenuse osutaja rendib patsiendile koduse respiraatorravi ja/või koduse ventilatsiooniravi seadet. Raviarve vormistatakse teenuse tüübiga 20. Koduõenduse raviarve esitatakse kindlustatud isiku kohta 1 kord kuus. Koduõenduse ravijuhtude arv, mida tehakse hooldekodu hoolealustele, ei tohi ületada 50% lepinguga kokku lepitud ravijuhtude arvust.
- 4.3. Koodiga 2063 tähistatud tervishoiuteenuse piirhinnale rakendatakse koefitsienti 0,89, kui ei ole täidetud sotsiaalministri 13. jaanuari 2014. a määruse nr 3 „Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele“ § 6 lõikes 3 sätestatud nõuded.
- 4.3.1. Punktis 4.3 viidatud määruse § 6 lõike 3 kohaselt peavad iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamiseks haiglas töötama vähemalt 1,5 öde ja kaks hooldajat 20 patsiendi kohta, neist ööpäev läbi vähemalt üks öde ja üks hooldaja. Seega peab töötama haiglas iga 20 statsionaarse õendusabi pakkumiseks kasutusel oleva voodikoha (sh tasulise teenuse pakkumiseks kasutusel olevad voodikohad) kohta vähemalt 6,8 täistööajale taandatud öde ning 9,1 täistööajale taandatud hooldajat.
- 4.3.2. Tervishoiuteenuse osutaja rakendab raviarvel koodiga 2063 tähistatud tervishoiuteenusele punktis 4.3. viidatud koefitsienti (koef 2) alates sellest kuupäevast, kui personali nõuded ei ole täidetud, kuni kuupäevani, kui neid täidetakse. Punktis 4.3. viidatud koefitsienti rakendab Tervishoiuteenuse osutaja ka kindlustatud isiku omaosaluse määra arvutamisel.
- 4.3.3. Tervishoiuteenuse osutaja esitab Haigekassale viivitamata, aga mitte hiljem kui 3 kalendripäeva jooksul arvates punktis 4.3.1. loetletud andmete muutmisest/muutusest kirjalikult teatise, milles on toodud personali või voodite arvu muutuse kuupäev koos punktides 4.3.3.1. kuni 4.3.3.5. loetletud andmetega. Voodite arvu muutusest teavitatakse juhul, kui see muutub 10% võrra võrreldes eelneval korral teavitatud voodite arvuga. Haigekassale esitatakse järgmised andmed:
- 4.3.3.1. statsionaarse õendusabi pakkumiseks kasutusel olevate voodikohtade arv (sh tasulise teenuse pakkumiseks kasutusel olevate voodite arv);
- 4.3.3.2. juhul, kui Tervishoiuteenuse osutaja osutab ka hooldekodu teenust ja kasutab voodifondi paindlikult, siis esitatakse andmed ka statsionaarse õendusabi teenuse osutamiseks kasutusel olevate hooldekodu voodite arvu kohta;
- 4.3.3.3. täistööajale taandatud ödede täidetud ametikohtade arv statsionaarse õendusabi osakonnas v.a. õendusjuht;
- 4.3.3.4. õendusjuhi koormus statsionaarse õendusabi teenuse osutamisel;

- 4.3.3.5. täistööajale taandatud hooldajate täidetud ametikohtade arv statsionaarse õendusabi osakonnas.
- 4.3.4. Tervishoiuteenuse osutaja esitab Haigekassa järelpärimisel koefitsiendi rakendamise kontrolliks kirjalikult punktides 4.3.3.1. kuni 4.3.3.5. loetletud andmed järelpärimises märgitud päeva seisuga.
- 4.3.5. Haigekassal on õigus Lepingus lisas 6 kokkulepitud rahaliste kohustuste summat ühepoolsest vähendada koefitsiendi rakendamisest tuleneva summa võrra alates koefitsiendi rakendamise kalendrikuule järgnevast kalendrikuust teatades sellest kirjalikult Tervishoiuteenuse osutajale.

5. Lepingu rakendamise tingimused hambaravis ja hambahaiguste ennetuses ning ortodontias

- 5.1. Tervishoiuteenuse osutaja lähtub järgmistest tingimustest ning laste hambaravi ja hambahaiguste ennetuse ravijuhi mõistest:
- 5.1.1. alla 19-aastase kindlustatu hambaravi ja hambahaiguste ennetuse ravijuht on ravitüübiga nr 4 raviarve, millel kajastuvad ühele isikule ühe arsti poolt ühel arstikülastusel osutatud hambahaiguste ennetuse ja/või hambaravi teenused.
- 5.1.2. alla 19-aastasele kindlustatule, kellel esineb hambaravi vajadus, märgitakse raviarvele tervishoiuteenus koodiga 5400 - haige uurimine, konsultatsioon, staatuse märkimine, raviplaani koostamine, hügieeni- või parodontaalindeksite määramine, hambakatu eemaldamine;
- 5.1.2.1. alla 19-aastasele kindlustatutele, kellel esineb restauratiivse hambaravi vajadus, märgitakse raviarvele RHK-10 põhidiagnoosi kood K02.1 (dentiinikaaries);
- 5.1.2.2. alla 19-aastasele kindlustatule, kellel esinevad konservatiivset ravi vajavad kaarieskahjustused, märgitakse raviarvele RHK-10 põhidiagnoosi kood K02.0 (emailikaaries);
- 5.1.3. kui alla 19-aastasele kindlustatule, kellel ravivajadust ei esine, osutatakse ainult hambahaiguste ennetustegevusi (p.5.2.), siis märgitakse raviarvele tervishoiuteenus koodiga 5410 – profülaktiline visiit. Kui samal arsti külastusel dokumenteeritakse ka staatus ja arvutatakse DMF indeks vastavalt punktis 5.8 sätestatule, märgitakse raviarvele ka koodiga 5400 tähistatud tervishoiuteenus;
- 5.1.3.1. alla 19-aastasele kindlustatule, kes profülaktilise läbivaatuse põhjal ei vaja konservatiivset ega restauratiivset ravi, märgitakse arvel RHK-10 põhidiagnoosikood Z01.2 (hammaste läbivaatus);
- 5.1.4. kui alla 19-aastasele kindlustatule osutatakse arstikülastusel lisaks hambaravile ka hambahaiguste ennetust vastavalt punktis 5.2. kirjeldatule siis märgitakse raviarvele koodiga 5410 tähistatud tervishoiuteenus.
- 5.2. Hambahaiguste ennetustegevuse sisu on järgmine:
- 5.2.1. hambaarst kontrollib hammaste seisundit ja suuõõne hügieeni ning kaardistab suuhügieeni- ja toitumisharjumused,
- 5.2.2. visiidi osa on kaarieseriski hindamine ning lapse ja/või pere nõustamine suuhügieeni ja toitumisharjumuste osas,
- 5.2.3. ortodontilise ravivajaduse korral suunab hambaarst lapse ortodonti juurde.

5.3. Hambahaiguste ennetuse teenused on:

5.3.1. kood 5410 – profülaktiline visiit (konsultatsioon, hügieenivõtete õpetamine, hambapesu harjutamine, hambakivi eemaldamine);

5.3.2. kood 5411 – kõigi hammaste fluoroteraapia;

5.3.3. kood 5412 – silandi paigaldamine ühele hambale;

5.3.4. kood 5413 - ühe hamba valikuline lihvimine hambumuse korrigeerimiseks.

5.4. Silandi aplitseerimise eest võtab Haigekassa tasu maksmise kohustuse kui hermetiseeritud on suurenenud kaarieseriskiga patsiendi viimase aasta jooksul lõikunud jäävhamba halvasti isepuhastuvat fissuuri.

5.5. Silandi aplitseerimise eest ei võta Haigekassa tasu maksmise kohustust üle, kui aplitseerimine on tehtud patsiendile, kelle puhul on dokumenteerimata silandi aplitseerimise meditsiiniline näidustus.

5.6. Koodi 5400 “Haige uurimine, konsultatsioon, staatuse märkimine, raviplaani koostamine, hügieeni- või parodontaalindeksite määramine, hambakatu eemaldamine” kasutamisel dokumenteeritakse lisaks üldanamneesile tervisekaarti igemete ja suu limaskestast seisund, hammaste struktuurihäired, hambumusanomaaliad ja kaariesehaiguse sümptomid. Staatuse märkimiseks raviarvele arvestatakse DMF indeks vastavalt punktis 5.8 sätestatule. Raviplaani koostamisel arvestatakse individuaalse haigestumise riskiga. Vajadusel suunatakse laps ortodondi või muu erihambaarsti juurde.

5.7. Kood 5410 “Profülaktiline visiit (konsultatsioon, hügieenivõtete õpetamine, hambapesu harjutamine, hambakivi eemaldamine)” kasutamisel dokumenteeritakse patsiendi suuhügieeni- ja toitumisharjumused ja motiveeriva nõustamise käigus antud soovitusel koduseks ennetavaks raviks. Visiidi oluline osa on individuaalse kaarieseriski määramine ja koostöös patsiendiga kaariese- ja/või igemehaiguse põhjuste kontrolli alla saamiseks vajalikud meetmed. Vastavalt kaarieseriskile hermetiseeritakse lõikunud jäävmolaaride fissuurid ning aplitseeritakse fluoriidlakki 14 korda aastas.

5.8. Alla 19-aastase kindlustatu hambaravi- või hambahaiguste ennetuse raviarvele staatuse märkimisel kasutatakse DMF indeksit (märgitakse raviarve haiguse kliinilise raskusastme, staadiumi või muu erialaselt(de)ga kokkulepitud tunnuse väljale). DMF indeks - näitaja hõlmab nii ravimata karioossete defektidega (Decayed), puuduvaid (Missing) kui ka ravitud ning täidistega (Filled) hambaid (jäävhammaskond). Laigustaadiumis kaariesekahjustust (RHK 10 diagnoosi kood K02.0) ei arvestata DMF indeksi hulka.

- DMF=0 märgitakse raviarvele, kui restauratiivset ravi vajavat kaariesekahjustust, täidist või kaariese tüsistuse tõttu eemaldatud hammast pole. Emailikaariese esinemisel märgitakse arvele RKH 10 diagnoosi kood K02.0, terve hammaskonna puhul läbivaatuse RKH 10 diagnoosi kood Z01.2;
- DMF=1 märgitakse raviarvele kui 1 hammas vajab restauratiivset ravi või on kaariese või selle tüsistuse tõttu eemaldatud või on kaariese tõttu täidetud. Arvele märgitakse dentiinkaariese RKH 10 diagnoosi kood K02.1;
- DMF=2 märgitakse raviarvele kui 2 hammast vajavad restauratiivset ravi või on kaariese või selle tüsistuse tõttu eemaldatud või on kaariese tõttu täidetud. Arvele märgitakse dentiinkaariese RKH 10 diagnoosi kood K02.1;

- DMF= 3 märgitakse raviarvele kui 3 hammast vajavad restauratiivset ravi või on kaariese või selle tüsistuse tõttu eemaldatud või on kaariese tõttu täidetud. Arvele märgitakse dentiinkaariese RKH 10 diagnoosi kood K02.1;
- DMF= 4 märgitakse raviarvele kui 4 või enam hammast vajavad restauratiivset ravi või on kaariese või selle tüsistuse tõttu eemaldatud või on kaariese tõttu täidetud. Arvele märgitakse dentiinkaariese RKH 10 diagnoosi kood K02.1;

5.9. Ravijuht ortodontias on raviarve, millel kajastub ühele isikule ühe arstikülastuse jooksul osutatud ortodontia teenus. Arve vormistatakse teenuse tüübiga 11.

5.10. Üldanesteesias alla 19-aastasele kindlustatule osutatud hambaravi ravijuhu korral lähtub Tervishoiuteenuse osutaja alljärgnevast:

5.10.1. meditsiinilisel näidustusel haiglaravi tingimustes üldanesteesias osutatud hambaravi korral kantakse raviarvele põhierialana A66, raviteenuse tüübina 4, voodipäevana järelravi voodipäev tervishoiuteenuse koodiga 2047 ja osutatud hambaravi ning anesteesia teenused.

5.11. Vältimatu hambaravi eest tasumine vähemalt 19 aastasele kindlustatule.

5.11.1. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse §-i 5 mõistes vältimatu abi korras vähemalt 19-aastasele kindlustatud isikule osutatud hamba ekstraktsiooni ja/või abstsessi avamise puhul võtab Haigekassa tasu maksmise kohustuse üle järgmiste tervishoiuteenuste eest järgmiste tervishoiuteenuste loetelu koodidega: 5400 Haige uurimine, konsultatsioon, staatuse märkimine, parodontaalindeksite määramine, hambakatu eemaldamine, raviplaani koostamine,

5401 Pinnaanesteesia;

5402 Injektsioon anesteesia;

5328 Ühe juurega hamba eemaldamine;

5329 Mitme juurega hamba eemaldamine;

5339 Sügavalt murdunud hamba või purunenud hamba eemaldamine;

5330 Mäda kolde avamine ja ravimenetlused;

5331 Kirurgilise sekkumisega järelkontroll;

5333 Hemostaas õmblusega;

5335 Hamba või implantaadi eemaldamine osteotoomiaga;

6059 Intraoraalne hambaülesvõte;

6060 Hammaste panoraamülesvõte;

2202 Anesteesia kestus 0,5 kuni alla 1;

2203 Anesteesia kestus 1 kuni alla 2;

2204 Anesteesia kestus 2 kuni alla 3; 2112 Recovery (ärkamisruum; üks tund)

:

5.11.2 Meditsiinilisel näidustusel vältimatu abi korras vähemalt 19-aastasele kindlustatule üldanesteesias osutatud hambaravi korral kantakse raviarvele põhierialana A66, raviteenuse tüübina 3 ja osutatud hambaravi ning anesteesia teenused. Haiglaravi tingimustes teenuse osutamise korral lisatakse raviarvele voodipäevana järelravi voodipäev tervishoiuteenuse koodiga 2047.

5.12. Teenuste osutamine (sh patsiendi seisundist tulenev teenuste osutamise põhjendatus) peab olema dokumenteeritud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4² lõike 2 alusel sotsiaalministri määrusega kehtestatud korras.

6. Lepingu jälgimine

- 6.1. Lepingute täitmist jälgitakse kalendriaasta jooksul poolaastate kaupa.
- 6.2. Lepingu täitmisel jälgivad Pooled raviliikide (eriarstiabi, hambaravi ja õendusabi) kaupa erialade ja erijuhtude (s.o. lepingu rahalises lisas välja toodud teenused, mis ei ole eriala) lõikes kokkulepitud ravijuhtude arvu ning rahaliste kohustuste summat. Erijuhte ja erialasid jälgitakse üldjuhul samade põhimõtete alusel. Erisused erijuhtude jälgimise osas on toodud käesoleva lisa punktides 6.5 ja 6.6.
- 6.3. Eriarstiabis jälgitakse ravitüübiti (ambulatoorne ravi, päevaravi ja statsionaarne ravi) lisas 3 kokkulepitud erialade ja erijuhtude ravijuhtude arvu ning rahaliste kohustuste summat.
- 6.4. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada Lepingu lisas 3 kokkulepitud erialade või erijuhtude, välja arvatud punktis 6.5 nimetatud juhud, rahaliste kohustuste summa kõikumist ravitüüpide lõikes järgmiselt:
 - 6.4.1. +/- 10% ambulatoorse ravi eriala või erijuhtu rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma;
 - 6.4.2. +/- 10% päevaravi eriala või erijuhtu rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle päevaravis ja statsionaarses ravis kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma;
 - 6.4.3. +/- 7% statsionaarse ravi eriala või erijuhtu rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle statsionaarses ravis kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma.
- 6.5. Tervishoiuteenuse osutajal ei ole lubatud rakendada punktis 6.4 nimetatud rahaliste kohustuste summa kõikumist järgmistele erijuhtude osas:
 - 6.5.1. kuulmisimplantatsioon;
 - 6.5.2. viljatusravi (IVF);
 - 6.5.3. sünnitused;
 - 6.5.4. organiirdamised;
 - 6.5.5. luuüdi transplantatsioon;
 - 6.5.6. hemodialüüs;
 - 6.5.7. peritoneaaldialüüs.
- 6.6. Juhud, millal Tervishoiuteenuse osutaja võib kogu lepinguperioodi jooksul esitada kättesaadavuse tagamiseks põhjendatud taotlusi jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks on sünnitused, organiirdamised, luuüdi transplantatsioon, hemodialüüs ja peritoneaaldialüüs ning ülikallid ravijuhud. Nende erijuhtude osas jälgitakse Lepingu täitmist ning tehakse Lepingu muudatused, lähtudes kindlustatud isikute tegelikust liikumisest tervishoiuteenuse osutajate juurde.
- 6.7. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 6 toodud õendusabi liikide osas rahaliste kohustuste summa ja ravijuhtude kõikumist järgmiselt:
 - 6.7.1. Kui koduõendusteenuse juhtude arv on täidetud, võib koduõendusteenuse rahaliste kohustuste summat ületada iseseisva statsionaarse õendusabi arvelt maksimaalselt 7% kokkulepitud statsionaarse õendusabi rahaliste kohustuste summast rakendades lisas 6 kokkulepitud koduõendusteenuse keskmist ravijuhtu maksumust.

- 6.8. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 4 toodud ennetuse projektide osas rahaliste kohustuste summa kõikumist projektide lõikes maksimaalselt 10% projekti rahaliste kohustuste summast.
- 6.9. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 5 toodud hambaravi teenuste ja ortodontia lõikes rahaliste kohustuste summa kõikumist maksimaalselt 10% rahaliste kohustuste summast.
- 6.10. Lisaks võib Tervishoiuteenuse osutaja kogu lepinguperioodi jooksul tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks esitada põhjendatud taotluse jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks. Haigekassa analüüsib taotlust ning teeb põhjendatud otsuse kas lepingu muutmiseks või muudatusest keeldumiseks üldtingimustes toodud alustel.
- 6.11. Ülikalliks ravijuhuks loetakse raviarve, mille maksumus on vähemalt 65 000 eurot. Ülikalli ravijuhu korral suurendab Haigekassa vastava eriala rahalist mahtu 70% ulatuses ülikalli ravijuhu maksumusest. *Ülikalli ravijuhu maksumus vaadatakse üle iga uue raamlepingu perioodi alguses.*
- 6.11.1. Lepingu rahalise lisa 3 ravijuhtude arvu ja kogumahu planeerimisel lähtutakse vastava eriala ja ravitüübi esimeseks poolaastaks planeeritava ravijuhtude arvu ja rahalise mahu määramisel ülikallite ravijuhtude esinemisest eelmise aasta samal perioodil ja nende maksumusest 30% ulatuses. Teise poolaastasse planeeritav ülikalliste ravijuhtude arv ja rahaline maht täpsustatakse vajadusel pärast esimese poolaasta lepingutäitmise analüüsi ja läbirääkimisi raviasutustega.